

FICHE SANITAIRE



DOCUMENTS A RETOURNER IMPERATIVEMENT AVANT LE DEPART EN SEJOUR

Photo
de l'enfant

VACANCES-EVASION
394, rue Léon Blum - 34000 Montpellier
ou par mail : info@vaceva.com



1> L'enfant :

Nom :

Prénom :

Date et lieu de naissance :

Séjour :

Dates du séjour :

Classe fréquentée durant l'année : Sexe : F M

Poids : kg Tél. de l'enfant :

2> Responsable légal de l'enfant :

Nom : Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Tél. Portable : Tél. Domicile :

E-mail :

Profession :

Tél. du travail:

N° Allocataire CAF:

3> Personne à contacter en cas d'urgence :

Lien avec l'enfant :

Nom : Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Tél. Portable : Tél. Domicile :

E-mail :

Profession :

Tél. du travail:

4> Déclaration du responsable légal :

Pour être admis au centre de vacances organisé par Vacances-Evasion, cette déclaration devra être obligatoirement remplie et signée par le responsable légal de l'enfant.

Je soussigné(e), (nom, prénom)

responsable légal de l'enfant : (nom, prénom)

• certifie avoir pris connaissance des conditions d'inscription figurant au verso et avoir reçu la brochure qui constitue l'information préalable à l'article 97 du décret 84-490 du 15 juin 1994.

• Autorise la direction du centre à faire soigner mon enfant et à faire pratiquer les interventions chirurgicales (anesthésie comprise) en cas de nécessité. Accepte de payer l'intégralité ou la part des frais de séjour m'incombant ainsi que les frais médicaux ou d'hospitalisation éventuels

• demande l'inscription de mon enfant au centre de vacances en ayant pris connaissance des informations présentées dans le dossier d'inscription

• autorise mon enfant à se baigner, à participer à toutes les activités et sorties organisées par le centre de vacances

• autorise l'association à utiliser dans le cadre éducatif ou pédagogique (journal, publications, outils de communication) des photos de mon enfant, prises au cours des activités du séjour. (Si vous refusez cette disposition, nous adresser un courrier stipulant votre refus).

• autorise le directeur du centre et toute personne mandatée par lui, à transporter mon enfant en voiture en cas de nécessité ainsi qu'à le faire soigner et à faire pratiquer les interventions d'urgence, suivant les prescriptions du médecin consulté

• m'engage à régler les frais de séjours et les frais médicaux, pharmaceutiques, d'hospitalisation et d'opération éventuelle en l'absence de prise en charge médicale

Lu et approuvé Date :

Signature :

FICHE SANITAIRE

Suite

5> Vaccinations :

(Compléter le tableau ou joindre la copie du carnet de santé ou les certificats de vaccination)

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication avec cette fiche sanitaire.

Attention : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication et est donc obligatoire.

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DU RAPPEL	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphthérie				Coqueluche	
Tétanos				Hépatite B	
Poliomyélite				Pneumocoque	
Autres vaccins éventuels (A préciser.....)				Rubéole-Oreillons- Rougeole	

6> Renseignements complémentaires :

Médecin traitant :

Téléphone :

L'enfant porte t'il des prothèses auditives, des lentilles ou des prothèses dentaires :

L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes :

Coqueluche Oreillons Rougeole

Rubéole Scarlatine Varicelle

L'enfant a-t-il fréquemment :

Angine Otite Rhumatisme Asthme

Allergies : Oui Non

Si oui, précisez lesquelles :

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour:

Oui Non

Si **oui** joindre une **ordonnance** récente et les médicaments correspondants (**boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice**).

7> Prise en charge médicale :

Si l'enfant inscrit au séjour bénéficie De la **PUMA** (ex-CMU)

(fournir copie de l'attestation à jour)

8> Régime alimentaire :

Les menus respectent les régimes alimentaires particuliers dans la

mesure du possible - Si oui, précisez lequel :

.....

.....

.....

PAI : Oui Non - Si oui, fournir le protocole établi par votre médecin.

9> Difficultés de santé et recommandations utiles :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

10> Certificat médical : (Uniquement pour les séjours contenant plongée ou parapente)

Je soussigné(e),

Docteur en médecine certifie que l'enfant

..... (nom, prénom)

est en règle avec les obligations vaccinales prévues par la loi et que son état de santé est compatible avec la pratique d'activités physiques :

Plongée, Vol libre, Sport aérien...

Tampon et signature du médecin :